

Planilla de auto declaración del Programa Ryan White Parte B (Febrero de 2018)

Office Use Only: CM Agency: C1A UAF Assisted Client with Application: _____
Case Manager Contact for Application Follow-Up: _____
 DPI MP Employer COBRA Med D ADAP-M CM Only Supportive Service(s): _____
 Request to Expedite by: _____ / _____ / _____

Información del solicitante C1A MRN: _____ UAF No aplica
 Nombre legal (Apellido, primer y segundo nombre): _____
 Nombre predilecto: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
 Género actual: Masculino Femenino Transgénero (Masculino a femenino) Transgénero (Femenino a masculino) Negado

Información de contacto del solicitante No contactarme por correo
 Dirección física: Calle _____ N° de apartamento: _____
 Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Dirección postal (si es diferente a la dirección física) Calle o PO Box: _____
 N° de apartamento: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 N° de teléfono preferido: _____ Correo electrónico: _____
 Concedo permiso para que el Programa me envíe mensajes de texto y/o correos electrónicos: Sí No

Estado de VIH ¿Actualmente está tomando medicamentos para el VIH? Sí No

Seguro médico
Seleccione todos los tipos de seguro médico que posee:
 Privado-Individual (Compra directa / Marketplace / COBRA)
 Privado-Empleador
 Medicare Parte A/B
 Medicare Parte D
 Medicaid, Programa de seguro médico para niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), u otro plan público
 Administración de salud para veteranos (Veterans Health Administration, VA), Tricare u otra atención médica para la milicia
 Servicio de salud indígena (Indian Health Services, IHS)
 Otro plan: _____
 Sin seguro médico/no asegurado:
 Rechazo el seguro médico que tengo disponible.
 El registro se encuentra cerrado y no tengo ni considero que tendré un evento que califique. Me inscribiré en el próximo registro.
 El registro está abierto actualmente y necesito medicamentos mientras busco seguro médico.
 Estoy estableciendo la relación por primera vez/re estableciendo la relación y trabajaré con mi gestor de casos para registrarme.
 Mi gestor de caso ha determinado que no soy un buen candidato para el seguro de salud. *Su gestor de casos debe entregar justificativo escrito.*
 Soy elegible para un seguro a través de mi empleador, COBRA, cónyuge, pareja, padre, Medicare, del Mercado o Ryan White Parte B.
 Cobertura efectiva: _____ / _____ / _____
 Otro *Su gestor de casos debe entregar justificativo escrito.*

Medicaid
 ¿Se encuentra inscrito en Medicaid?
 Sí, estoy inscrito Tengo Primary Care Network (PCN): No Sí Tengo Targeted Adult Medicaid (TAM): No Sí
 Tengo el Programa Pregnant Women y se estima que la cobertura finalice el ____ / ____ / ____
 Lo solicité, pero fui rechazado. Razón del rechazo: _____
 Aún espero la decisión sobre mi elegibilidad para Medicaid:
 Aún no se ha presentado la solicitud
 Fecha de entrega de la solicitud: _____
 No, no lo he solicitado porque:
 Soy un adulto no discapacitado y no reúno los requisitos de elegibilidad de TAM, por lo que no soy elegible
 Estoy indocumentado, por lo que no soy elegible
 Mi ingreso y activos exceden los requisitos de elegibilidad para Medicaid
 Soy elegible para un seguro por mi empleador (incluyendo COBRA), por lo que no soy elegible
 Soy elegible para un seguro por mi cónyuge/pareja/padres por lo que no soy elegible
 Me registré a través de Marketplace por lo que ya fui evaluado para Medicaid y no soy elegible
 Otra(s) razón(es) por la(s) que no he solicitado Medicaid *Su gestor de casos debe entregar justificativo escrito.*

<input type="checkbox"/> SIN CAMBIOS desde mi re-certificación más reciente Certifico que mi residencia/dirección en Utah, ingresos familiares, estado civil, tamaño de la familia, seguro médico y vivienda/condiciones de vida <u>no han cambiado</u> .	<input type="checkbox"/> CON CAMBIOS desde mi re-certificación más reciente Cambio de residencia/dirección en Utah: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cambio de ingresos familiares: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cambio de estado civil: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cambio de tamaño de la familia: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cambio de seguro médico: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cambio de vivienda/condiciones de vida: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Seguro médico a través del empleador, cónyuge, padres, Medicare o Marketplace

¿Tiene cobertura de seguro médico a través de un empleador, COBRA, cónyuge, pareja, padres, Medicare o Marketplace?

 No—complete la sección B a continuación Sí—complete la sección A a continuación**A. Seguro médico a través del empleador, cónyuge, padres, Medicare o Marketplace**Sí, estoy registrado en un seguro médico a través de mí: Empleador COBRA Cónyuge Pareja Padres
 Marketplace Medicare Otro: _____

Nombre del plan: _____

Nombre de la empresa aseguradora: _____ ¿Especialista en VIH en la red? Sí NoNombre del titular de la póliza: _____ ¿Acceso a medicamentos de VIH? Sí NoFecha efectiva: ____/____/____ Año del plan: _____ a _____
Mes de inicio Fin del mes *Si usted aún no está inscrito pero será elegible para inscribirse en el futuro, entonces también necesita enviar los detalles del plan y la documentación de la inscripción con la fecha efectiva.

Máx. de gastos a su cargo: _____

B. Sin seguro médico a través del empleador, cónyuge o padresSin seguro médico a través del empleador

- Estoy desempleado
- Mi empleador lo ofrece, pero no soy elegible:
 - Estoy indocumentado
 - Es un empleo nuevo y soy elegible:
 - *Documento probatorio necesario
 - Fecha de inscripción ____/____/____
 - Fecha efectiva ____/____/____
 - Perdí el período de registro: *Documento probatorio necesario
 - Fecha de inscripción ____/____/____
 - Fecha efectiva ____/____/____
- Trabajo medio tiempo
- Trabajo tiempo completo, pero no soy elegible
 - *Documento probatorio necesario
 - Otro *Documento probatorio necesario
- Mi empleador no se lo ofrece a nadie
- Soy autónomo y no se lo ofrezco a nadie
- Mi empleador lo ofrece, pero:
 - La cobertura es insuficiente *Documento probatorio necesario
 - La cobertura es muy costosa *Documento probatorio necesario
 - Rechazo el seguro médico que tengo disponible y elijo no estar asegurado
 - Mi gestor de casos ha determinado que no soy un buen candidato para el seguro médico. *Documento probatorio necesario
 - Otro *Documento probatorio necesario

Sin seguro médico a través del cónyuge

- No estoy casado
- El empleador de mi cónyuge lo ofrece, pero no soy elegible:
 - Estoy indocumentado
 - Mi cónyuge está indocumentado
 - Es un empleo nuevo y soy elegible:
 - *Documento probatorio necesario
 - Fecha de inscripción ____/____/____
 - Fecha efectiva ____/____/____
 - Perdí el período de registro: *Documento probatorio necesario
 - Fecha de inscripción ____/____/____
 - Fecha efectiva ____/____/____
- Cónyuge trabaja medio tiempo
- Cónyuge trabaja tiempo completo, pero no es elegible
 - *Documento probatorio necesario
 - Otro *Documento probatorio necesario
- Mi cónyuge es autónomo y no lo ofrece a nadie
- Mi cónyuge falleció y no me he vuelto a casar
- Mi cónyuge está desempleado
- El empleador de mi cónyuge no se lo ofrece a nadie
- El empleador de mi cónyuge lo ofrece, pero:
 - La cobertura es insuficiente *Documento probatorio necesario
 - La cobertura es muy costosa *Documento probatorio necesario
 - Rechazo el seguro médico que tengo disponible y elijo no estar asegurado
 - Mi gestor de casos ha determinado que no soy un buen candidato para la Cobertura seguro médico. *Documento probatorio necesario
 - Otro *Documento probatorio necesario
- Mi cónyuge se niega a ofrecérmelo
- No estoy en contacto con mi cónyuge
- Estoy separado/a; no recibo apoyo del seguro médico de mi cónyuge

Sin seguro médico a través de los padres

- Tengo 26 o más años de edad
- Mi padre/madre está desempleado(a)
- No estoy en contacto con ninguno de mis padres
- El empleador de mi padre/madre lo ofrece, pero no soy elegible:
 - Estoy indocumentado
 - Es un empleo nuevo y soy elegible:
 - *Documento probatorio necesario
 - Fecha de inscripción ____/____/____
 - Fecha efectiva ____/____/____
 - Perdí el período de registro: *Documento probatorio necesario
 - Fecha de inscripción ____/____/____
 - Fecha efectiva ____/____/____
- El padre/la madre trabaja medio tiempo
- El padre/la madre trabaja tiempo completo, pero no es elegible *Documento probatorio necesario
- Otro *Documento probatorio necesario
- El empleador de mi padre/madre no se lo ofrece a nadie
- Mi padre/madre falleció/fallecieron
- Mi padre/madre se niega(n) a ofrecérmelo
- El empleador de mi padre/madre lo ofrece, pero:
 - La cobertura es insuficiente *Documento probatorio necesario
 - La cobertura es muy costosa *Documento probatorio necesario
 - Rechazo el seguro médico que tengo disponible y elijo no estar asegurado
 - Mi gestor de casos ha determinado que no soy un buen candidato para el seguro médico. *Documento probatorio necesario
 - Rechazo utilizar el plan de mi padre/madre *Documento probatorio necesario si busca servicios de aseguramiento
 - Otro *Documento probatorio necesario
- Mi padre/madre es autónomo(a) y no se lo ofrece a nadie

Cambio de dirección

Entregue al menos uno de los siguientes documentos que muestren su nombre y su dirección en Utah:

- Factura
- Un documento emitido por el estado de Utah
- Un documento emitido por el Gobierno Federal de los EE.UU.
- Estado de cuenta bancario
- Contrato de arrendamiento/hipoteca
- Identificación de Utah
- Licencia de conducir de Utah
- Recibo de albergue para desamparados
- Declaración del impuesto federal del IRS
- Comprobante de pagos/declaración de ingresos
- Documento medico oficial
- Declaración de apoyo

Cambio en tamaño de la familia y estado civil

Casado: No Sí Nombre del cónyuge, si también solicita: _____ Tamaño de la familia: _____

Cambio en estado de vivienda Estable y permanente Temporal Inestable

Cambio de ingreso familiar

¿Percibe (solo usted, no otros miembros del grupo familiar) algún ingreso? No Sí

Si responde sí, ¿está empleado? No Sí

Si responde sí, ¿trabaja 30 horas o más a la semana? No Sí

¿Su cónyuge percibe algún ingreso? No Sí No estoy casado/a Estoy separado/a; no recibo ayuda financiera de mi cónyuge

Si responde sí, ¿su cónyuge está empleado/a? No Sí

Si responde sí, ¿su cónyuge trabaja 30 horas o más en la semana? No Sí

Entregue al menos uno de los siguientes documentos que verifican el ingreso de su grupo familiar. Si está casado, también debe entregar la información correspondiente a su cónyuge.

• Declaración jurada de ingreso nulo o ingreso informal. **Complete la siguiente página** (a saber, su grupo familiar no recibe ningunas de las fuentes de ingreso indicadas o de ninguna otra fuente). *Si está casado, no se requiere una declaración jurada de su cónyuge en caso de que este no tenga ingreso. Solo debe indicar que está casado sin ingreso conyugal en este formulario de solicitud.*

• Un (1) comprobante actual de pago/declaración de ingresos

• Formularios/documentos que verifiquen el ingreso de trabajador independiente (por ejemplo, el formulario del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de Programa C o E).

• Carta de la Seguridad Social/discapacidad o estado de cuenta que demuestre depósitos consistentes y consecutivos.

• Carta de ingreso de seguro suplementario (SSI) o estado de cuenta que demuestre depósitos consistentes y consecutivos del SSI.

• Declaración de desempleo del Departamento de Servicios Laborales (Department of Workforce Services, DWS).

• Carta de asistencia general del DWS.

• Carta de pensión.

• No recibo ninguna de las fuentes de ingreso descritas. Mi cónyuge u otro(s) miembro(s) del grupo familiar sí recibe(n) ingresos. *Si está casado, no es necesaria una declaración jurada de ingreso nulo si su cónyuge tiene ingresos y usted no. En lugar de esto, es necesario que indique que está desempleado en este formulario y entregue la documentación del ingreso de su cónyuge.*

CANTIDAD DE INGRESO MENSUAL

Ingrese la siguiente información de su ingreso. Escriba \$0 si no hay ninguno.

Sueldos/Salario _____	Comisiones/propinas _____	Desempleo _____
Pensión/retiro _____	Seguro social _____	Intereses y dividendos _____
Otros ingresos _____	Ayuda general _____	
Renta que le paguen otras personas a usted o su cónyuge _____		

Ingrese la siguiente información para todos los demás miembros del grupo familiar. Incluya el ingreso de su cónyuge. Escriba \$0 si no hay ninguno.

No aplica; el tamaño del grupo familiar es 1.

Sueldos/Salario _____	Comisiones/propinas _____	Desempleo _____
Pensión/retiro _____	Seguro social _____	Intereses y dividendos _____
Otros ingresos _____	Ayuda general _____	
Renta que le paguen otras personas a usted o su cónyuge _____		

REQUISITO DE ACTUALIZACIÓN Y COOPERACIÓN: entiendo que debo informar cualquier cambio en el ingreso o dinero recibido, en la composición familiar y en la información de contacto (dirección, teléfono) dentro de los 10 días de ocurrido el cambio y por escrito. Entiendo que debo suministrar toda la información necesaria para determinar mi nivel de beneficios o verificar mis verdaderas circunstancias. La cooperación incluye firmar todos los formularios y comunicados necesarios. Entiendo que no cooperar o suministrar la información incorrecta puede dar lugar a retrasos o al rechazo/finalización de los servicios.

AUTORIZACIÓN PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN: entiendo que toda la información incluida en este formulario puede ser verificada por el Programa Ryan White Parte B.

LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERDADERA Y COMPLETA: certifico que toda la información suministrada en este formulario es precisa y completa según mi entender. El 18 USC 1001 establece, entre otras cosas, que cualquier persona que haga o utilice de manera intencionada y a sabiendas un documento con declaraciones falsas, ficticias o fraudulentas, de cualquier manera, dentro de la jurisdicción de cualquier departamento u organismo de los EE.UU., será multado por hasta \$10,000, encarcelado por hasta cinco años o ambas.

DECLARACIÓN JURADA DE INGRESO NULO

Mediante la presente juro que actualmente mi grupo familiar no está percibiendo, ni espera percibir, ninguno de los ingresos indicados a continuación.

¿Cómo paga sus obligaciones financieras? _____

DECLARACIÓN JURADA DE INGRESO INFORMAL

Mediante la presente juro que actualmente mi grupo familiar está percibiendo o espera percibir, el(los) ingreso(s) indicado(s) a continuación.

Fuente de ingreso informal: _____

INSTRUCCIONES

Se debe indicar la cantidad mensual para cada tipo de ingreso, aun cuando la cantidad sea \$0. No se aceptan cantidades mensuales en blanco. El(los) tipo(s) y la(s) cantidad(es) de ingreso indicado(s) a continuación debe(n) coincidir con lo informado en otras partes de este formulario como comprobación de ingreso.

Tipo de ingreso	Cantidad mensual	Tipo de ingreso	Cantidad mensual	Tipo de ingreso	Cantidad mensual
Sueldos y horas extras		Ingreso del Seguro Social		Pensión de la esposa	
Pago por enfermedad o vacaciones		Seguridad de Ingreso Suplementario		Venta de activos	
Desempleo		Servicios sociales/TANF		Herencias	
Trabajo independiente		Pensión		Asistencia general	
Propinas		401(k) o IRA		Administración de veteranos	
Comisiones o bonos		Anualidades o beneficios de seguro		Prestaciones por fallecimiento	
Compensación de los trabajadores		Intereses o dividendos		Renta que le pagan otras personas a usted o su cónyuge	
Pago/subsidio militar		Indemnización por despido			
Ingresos en efectivo		Otro: (por favor, explique)			

Consentimiento de divulgación

Entiendo que mis registros están protegidos por las normas estatales y federales y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito. Entiendo que la información puede ser divulgada con propósitos de facturación, auditorías, supervisión/administración de calidad del programa, información de datos, seguro médico, evaluación de necesidades y la provisión de servicios. Este documento sirve como mi consentimiento para la divulgación de información. También entiendo que puedo revocarlo en cualquier momento y por escrito, excepto por cualquier acción realizada dependiendo del mismo.

Garantía de precisión e integridad de la solicitud

Certifico que toda la información suministrada en este formulario es verdadera, correcta y completa según mi entender. Entiendo que el suministro de información falsa puede descalificarme para los servicios del Programa Ryan White Parte B. El programa no puede pagar los servicios que han sido pagados o pueden ser razonablemente pagados por cualquier entidad estatal, federal o privada que proporcione beneficios de salud.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Ambulatorio 1A: 801-585-2670

Fundación para el SIDA Utah: 801-487-2323

Departamento de Salud de Utah: 801-538-6197